

施設介護サービス等の申請・届出の手引き

介護老人福祉施設

令和3年4月



島根県高齢者福祉課

【注意事項】

○本書は、介護保険の指定に係る申請・届出の際の必要書類や留意事項を中心にとりまとめたものであり、具体的な指定基準や介護報酬の内容・解釈については省略しています。

○指定基準、介護報酬の詳細については、国Q&A、関係通知、及び「介護報酬の解釈1（単位数表編）」・「介護報酬の解釈2（指定基準編）」・「介護報酬の解釈3（QA・法令編）」（社会保険研修所発行）により、確認してください。

○介護保険は、制度に関する各種告示、通知が多く発出されますので、県ホームページで最新情報を確認してください。

○松江市については、「知事の権限に属する事務の処理の特例に関する条例」（平成11年12月21日島根県条例第45号）により、介護老人福祉施設に係る指定等の知事の権限を移譲しているため、別途、松江市の指示により申請・届出を行ってください。

1. 介護老人福祉施設とは	1
2. 申請・届出先等	2
3. 指定申請	3
4. 指定更新申請	5
5. 変更届	6
6. 指定の辞退	8
7. 介護給付費算定に係る体制等に関する届出（加算届）	9
8. 業務管理体制	12
9. <参考>老人福祉法の申請、届出	13
10. 様式集	14

1. 介護老人福祉施設とは

◎介護老人福祉施設とは、老人福祉法に規定する特別養護老人ホームのうち、入所定員が30人以上のものです。

要介護者に対し施設サービス計画に基づき、①入浴・排せつ・食事等の介護等の日常生活上の世話、②機能訓練、③健康管理、④療養上の世話を行います。

入所対象者は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、居宅で生活を継続することが困難な要介護者です。

平成27年4月からは、原則要介護3以上の方のみの入所となりましたが、要介護1、2の方もその心身の状況、その置かれている環境その他の事情に照らして、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由が認められる場合は入所できます。

(介護保険法(以下、「法」という。)第8条第26項)

※入所定員が29名以下の特別養護老人ホームは、地域密着型介護老人福祉施設として市町村の指定を受けます。

◎介護保険法の介護老人福祉施設として指定を受けようとする場合は、知事への指定申請が必要です。指定を受けるためには、次の要件を満たしていることが必要です。

(法第86条第2項)

- ① 都道府県の条例(※)で定める人員を有すること。
- ② 都道府県の条例(※)で定める設備及び運営に関する基準に従って適正な運営をすることができることと認められること。
- ③ 開設者等が欠格要件に該当しないこと。

※島根県指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例
(平成24年12月21日島根県条例第69号)

◎特別養護老人ホームについては、老人福祉法において事業規制されています。

知事は県の老人福祉計画において定める区域における特別養護老人ホームの入所定員が、その区域の必要入所定員総数を超える場合等は、特別養護老人ホームの設置を認可しないことができます。

(老人福祉法第15条第6項)

◎知事は、人員基準や運営基準等に適合しなくなったときは、期限を定めて改善勧告や業務の停止を命じることができます。また、こうした命令に違反したり、不正請求があったとき等は、指定を取り消すことができます。

(法第91条の2、第92条)

2. 申請・届出先等

〔申請・届出先〕

施設の所在地		届出先
東部	松江市	松江市役所 介護保険課 〒690-8540 松江市末次町86 TEL 0852-55-5935 FAX 0852-55-6186
	出雲市 奥出雲町 安来市 飯南町 雲南市 隠岐郡	島根県高齢者福祉課 〒690-8501 松江市殿町1 県庁第二分庁舎1階 TEL 0852-22-5301、6695 FAX 0852-22-5238
西部	浜田市 邑智郡 益田市 鹿足郡 大田市 江津市	島根県地域福祉課石見指導監査室 〒697-0041 浜田市片庭町254 浜田合庁別館3階 TEL 0855-29-5580、5567 FAX 0855-29-5547

※業務管理体制の届出は、別に定めるところによる。

〔様式掲載場所〕

- ◎所定の様式は、島根県高齢者福祉課ホームページ [介護保険 (事業者の皆様へ)] に掲載
http://www.pref.shimane.lg.jp/medical/fukushi/kourei/kaigo_hoken/
- ◎松江市については、松江市福祉総務課ホームページ [介護保険施設・事業所等] に掲載
<http://www1.city.matsue.shimane.jp/jigyousha/hukushi/shidou/kaigo.html>

注 意

- ・資格証が旧姓である場合などは、各種提出書類の記載内容と、添付してある「資格証の写し」が一致せず、定められた資格要件に合致しているか確認できませんので、各資格で定められた氏名等の変更手続きを適正に行ってください。
- ・研修修了証など、氏名等の変更手続きがないものについては、申請者(事業者)で、「資格証の写し」の書面に、その旨の奥書証明を行い、提出してください。

(記載例) □□□□は令和△年△月△日に■●□□に改姓
令和○年○月○日
島根県○○市○○町○番○号
社会福祉法人○○○ 理事長 ○○○○

3. 指定申請

◎新たに指定を受ける場合は、事業開始予定日の1月前までに、指定申請を行ってください。指定申請の前に、必ず事前相談（申請の相談は事業開始予定日の2月前まで、建築の相談は、できるだけ建築計画の変更が容易にできる時期まで）を行ってください。

◎介護保険法の指定申請にあたっては、別途、老人福祉法に基づく特別養護老人ホームの設置認可申請及び届出が必要となります。認可申請の提出書類については、P13を参照してください。

◎指定を行う前に、関係する市町村長に市町村介護保険事業計画等との調整を図る見地から意見照会を行いますので、建築着工の1月前までに「介護保険施設の指定申請等に関する事前確認（兼通知）書」（P33参照）を提出してください。

（島根県介護保険事業支援計画及び島根県老人福祉計画の進行管理の適正化に関する要綱）

提出書類		留意事項
1	指定(許可)申請書 (様式第1号)	
2	付表14	・「入所者数」と「短期入所利用者数」欄は、新規申請の場合は推定数を記載すること。
	従来型	「付表14-1」
	ユニット型	「付表14-2」
	一部ユニット型	「付表14-1」及び「付表14-2」
3	申請者(開設者)の登記簿の謄本又は条例等	・介護保険に関する事業を実施する旨の記載のある登記事項証明書(地方公共団体が開設者の場合は、その施設の設置条例)
4	特別養護老人ホームの認可証等の写	・老人福祉法に基づく特別養護老人ホームの設置認可書等の写し
5	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (参考様式1)	・管理者及び従業者全員(業務委託先の従業者は除く。)の毎日の勤務すべき時間数1月分を記載すること。 ・併設ショートがある場合は、併設ショートに係る従業者も含めて作成すること。 ・次の書類を添付すること。 ①資格証等の写し(資格が必要な従業者のみ。施設長にあっては、施設長資格を有することを証する資格証等の写しを添付すること。) ②職員の採用が分かる書類(雇用契約書等の写し、配置医師については嘱託医契約書の写し) ③組織図(法人の中での当該施設の位置づけが分かるもの) ・ユニット型(一部ユニット型を含む。)施設の介護職員又は介護職員と同様にケアを行う看護職員は、ユニット毎に一行あけ、当該行の職種欄にユニット名を明記の上、ユニット別に記載するとともに、各ユニットのユニットリーダーの氏名の頭に「○」を記載すること。 ・併設ショートがある場合は、ショートユニットが分かるように記載すること。 ・複数のユニットを兼ねる職員は、それぞれのユニットに記載するとともに、各ユニットでの勤務時間が分かるようにすること。
6	事業所(施設)の平面図 (参考様式3)	・施設の平面図に各室の用途及び面積を記載すること。 ・当該事業の専用部分と他の共用部分を色分けする等により、使用関係を分かりやすく表示すること。 ・施設の外観及び内部の写真を添付すること。
7	部屋別施設一覧 (参考様式4)	・各事業の設備基準に規定されている部屋等について、設置階ごとの面積別室数を記載すること。 ・上記7の平面図に示された用途・面積と記載を一致させること。
8	設備等一覧 (参考様式5)	・「サービス提供上配慮すべき設備の概要」には、設備基準上設置が必要な設備で、平面図では把握できない設備の概要について

		<p>て、その状況を具体的に記載すること。(例：居室・便所等へのナースコールの設置状況、洗面設備・便所・浴室等への要介護者への配慮や手すり等の設置状況、常夜灯の設置状況等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「非常災害設備等」については、消防に関する法令により設置が義務づけられている設備その他の状況について記載すること。 ・「備品の品目」は、車椅子・エアマット等介護に係る備品の品目や数量などを記載すること。 ・記載内容が確認できる図面・写真等を添付すること。
9	併設する施設の概要 (様式任意)	<ul style="list-style-type: none"> ・同一敷地内にある併設する施設の名称、施設の構造、居室数、定員、職員の状況等の概要を記載すること(パンフレットで可)。
10	施設を共有する場合の利用計画 (様式任意)	<ul style="list-style-type: none"> ・共有部分の設備名、計画、職員数、1日あたりの利用者数等を記載すること。
11	運営規程	<ul style="list-style-type: none"> ・運営基準に規定にされている、運営規程で定めなければならない事項について、具体的かつ分かりやすく定めること。
12	利用者から苦情を処理するために講ずる措置の概要 (参考様式6)	<ul style="list-style-type: none"> ・次の事項について、具体的かつ分かりやすく記載すること。 <ul style="list-style-type: none"> ①利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)・担当者の設置 ②円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 ③その他参考事項
13	協力医療機関・協力歯科医療機関との契約内容	<ul style="list-style-type: none"> ・契約書の写しを添付すること。
14	事業所(施設)位置図	<ul style="list-style-type: none"> ・最寄りの公共交通機関(JR駅等)から施設までの経路が分かるものを添付すること。
15	誓約書 (参考様式9-3)	
16	介護支援専門員の氏名及びその登録番号 (参考様式)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員証の写しを添付すること(登録通知書ではないことに注意)。

【注1】 必要に応じて、上記の添付書類の他に書類を求める場合があります。

【注2】 介護保険法の指定があった場合は、生活保護法の指定介護機関として指定を受けたものとみなされます。

【注3】 医務室については、基準上、医療法に規定する診療所としての開設許可が必要となりますので、関係機関へ手続きを行ってください。

【注4】 申請書の提出に合わせて、下記の届出を提出してください。

- 老人福祉法に基づく特別養護老人ホームの申請、届出…P13参照
- 介護給付費算定に係る体制等に関する届出(加算届)…加算がない場合でも必要(P9参照)
- 業務管理体制に係る届出書…法人ごとの届出なので、既提出の場合は不要(P12参照)

4. 指定更新申請

- ◎指定の更新に係る有効期間は6年間です。事業者は6年を経過する毎に更新を受けなければ、有効期間満了により指定の効力を失い、事業を継続することはできません。
- ◎指定更新の場合は、指定期間満了日の1月前までに、更新申請を行ってください。
- ◎指定更新の申請を行った場合において、指定の有効期間の満了日までにその申請に対する処分（更新）がなされないときは、処分が行われるまで従前の指定が有効とされます。指定が更新された場合は、更新後の有効期間は、従前の指定の有効期間満了の翌日から起算されます。
- ◎指定更新にあたって、既に提出している事項に変更が生じている場合で、変更届がなされていないときは、必ず変更届を提出した上で、更新手続きを行ってください。

提出書類		留意事項
1	指定(許可)更新申請書 (様式第1号の2)	
2	付表14	・「入所者数」と「短期入所利用者数」欄は、前年度の平均値を記載すること。
	従来型	「付表14-1」
	ユニット型	「付表14-2」
	一部ユニット型	「付表14-1」及び「付表14-2」
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式1)	・資格等が必要な従業者の全員分について、資格証の写しを添付すること。施設長にあつては、施設長資格を有することを証する資格証等の写しを添付すること。 (その他、指定申請と同様(但し、「②職員の採用が分かる書類(雇用契約書等の写し)」を除く))
4	誓約書 (参考様式9-3)	
5	介護支援専門員の氏名及びその登録番号 (参考様式)	・介護支援専門員証の写しを添付すること(登録通知書ではないことに注意)。

5. 変更届

- ◎下表の事項に変更があった場合は、変更日から10日以内に、変更届を提出してください。
- ◎運営規程中の「従業員の職種・員数及び職務の内容」に関する変更については、4月の配置状況を前年度4月の配置状況と比較し、増減がある場合に5月末までに届出を行ってください。
- ◎特別養護老人ホームの入所定員を変更する場合は、定員の減少時期及び増加について、事前に老人福祉法に基づく変更の認可申請又は届出が必要となります。(P13参照)
- ◎定員を増加する場合は、関係する市町村長に市町村介護保険事業計画等との調整を図る見地から意見照会を行いますので、建築着工の1月前までに「介護保険施設の指定申請等に関する事前確認(兼通知)書」(P33参照)を提出してください。
(島根県介護保険事業支援計画及び島根県老人福祉計画の進行管理の適正化に関する要綱)
- ◎その他変更内容によっては、別途、老人福祉法に基づく特別養護老人ホームの変更届が必要になります。(P13参照)

変更届出書(様式第3号) の「変更があった事項」欄		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫
		付表 14	勤務形態 一覧表	誓約書	事業所(施設) 位置図	登記事項 証明書等	事業所(施設) 平面図	部屋別 施設一覧	設備等 一覧	運営 規程	協力医療 機関との 契約書の 写し	併設 施設の 概要	介護 支援 専門員 一覧
1	事業所(施設)の名称	○				△				○			
2	事業所(施設)の所在地	○			○	△	○			○			
3	申請者(開設者)の名称及び主たる事務所の所在地					○							
4	代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名			○		○							
5	申請者(開設者)の登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)					○							
6	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等	△					○	△	△				
8	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所	○	○	○									
10	運営規程	△	△							○			
11	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関	○									○		
18	併設施設の状況等	△										○	
19	介護支援専門員の氏名及びその登録番号(参考様式)	△	○										○

○印：変更届出書(様式第3号)左欄の変更事項に応じて、添付が必要な書類等

△印：既に提出されている当該書類の記載事項から変更が生じない場合は、添付不要。

【注1】同時に複数の項目の変更届出を行う場合、重複する書類は省略可能です。

【注2】必要に応じて、上記の添付書類の他に書類を求める場合があります。

提出書類		留意事項
○	変更届出書（様式第3号）	
①	付表14	・変更が生じる場合に添付すること。変更が生じない場合は、添付不要。
	従来型	「付表14-1」
	ユニット型	「付表14-2」
	一部ユニット型	「付表14-1」及び「付表14-2」
②	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1）	・資格が必要な従業者について、既提出分の一覧から変更が生じる者がいる場合は、「資格証の写し」を添付すること。
③	誓約書（参考様式9-3）	
④	事業所（施設）位置図	
⑤	登記事項証明書等	
⑥	事業所（施設）の平面図（参考様式3）	・新旧の変更箇所を明示すること。
⑦	部屋別施設一覧（参考様式4）	
⑧	設備等一覧（参考様式5）	
⑨	運営規程	・新旧の変更箇所を明示すること。
⑩	協力医療機関との契約書の写し	
⑪	併設施設の概要（任意様式）	
⑫	介護支援専門員の氏名及びその登録番号（参考様式）	・介護支援専門員証の写しを添付すること（登録通知書ではないことに注意）。

6. 指定の辞退

◎指定介護老人福祉施設が指定を辞退する場合は、1月以上の予告期間を設けて、その指定を辞退することができます。

指定を辞退する、1月前までに、「指定辞退届出書」を提出してください。

提出書類	留意事項
指定辞退届出書 (様式第5号)	現に施設に入所している者に対する措置状況について、詳細に記載してください。

◎特別養護老人ホームを廃止又は休止する場合は、別途、老人福祉法に基づく特別養護老人ホームの認可申請又は届出が必要となりますので、ご注意ください（P13参照）。

7. 介護給付費 算定に係る体制等に関する届出（加算届）

（1）提出期限・提出先

- ◎人員体制加算、設備加算など加算を受けようとする場合で、届出が必要な加算については、届出が必要となります（新規開設の場合は、加算がない場合でも届出が必要）。
- ◎加算等の算定は、届出受理日の翌月から算定開始します（月の初日に受理された場合は当該月から）。
- ◎加算届の内容に変更が生じた場合は、変更の届出が必要です。変更の内容によっては、指定に関する変更届も併せて提出する必要があるので注意してください。
- ◎廃止の場合は、直ちに提出してください（加算は基準に該当しなくなったときから、算定不可）。

（2）提出書類

◎加算等の届出に当たっては、下記の書類を提出すること。

サービス	様式
共通	◎介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙2）
介護老人福祉施設	◎介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1）

◎上記「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に記載の届出事項に応じて、下記の書類を添付してください（変更の届出の場合も同様）。

ただし、加算の体制にあったものを「なし」とする場合には、添付は不要です。

届出事項	添付書類
施設等の区分	※ユニット型の施設のみ添付が必要 <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） ・各ユニット、ユニット以外の職員の配置状況及びユニットリーダーが分かるよう記載すること。 ・夜勤職員の勤務条件基準が分かるよう記載すること。 <input type="checkbox"/> 平面図（参考様式3） ・各ユニット、ユニット以外の部分について、それぞれの区画が分かるよう明示すること。
夜間勤務条件基準	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） <input type="checkbox"/> 資格証等の写し（資格が必要な従業者のみ） <input type="checkbox"/> テクノロジーを導入する場合の夜間の人員配置基準（従来型）に係る届出書 ・テクノロジー導入による夜間の人員配置基準緩和を行う場合、添付すること。
職員の欠員による減算の状況	※人員欠如が解消された場合のみ添付が必要。 <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） <input type="checkbox"/> 資格証等の写し
ユニットケア体制	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） ・各ユニット、ユニット以外の職員の配置状況及びユニットリーダーが分かるよう記載すること。
身体的拘束廃止取組	添付書類は求めない。
安全管理体制	添付書類は求めない。
栄養ケアマネジメントの実施の有無	添付書類は求めない。
日常生活継続支援加算	<input type="checkbox"/> 日常生活継続支援加算に関する届出書（別紙16）

	<input type="checkbox"/> 日常生活継続支援加算に係る確認書（参考様式）
テクノロジーの導入 （日常生活継続支援加算関係）	<input type="checkbox"/> テクノロジーの導入による日常生活継続支援加算に関する届出書（別紙16-2） <input type="checkbox"/> テクノロジー導入による算定の場合、添付すること。
看護体制加算	<input type="checkbox"/> 看護体制加算に係る届出書（特養：別紙9-3） <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） <input type="checkbox"/> 看護職員が、短期入所生活介護及び機能訓練指導員等と兼務している場合は、勤務割合が分かるよう記載すること。 <input type="checkbox"/> 看護職員の資格証の写し
夜勤職員配置加算	<input type="checkbox"/> 夜勤職員配置加算算定表（参考様式） <input type="checkbox"/> 夜勤職員配置加算算定表別紙（参考様式） <input type="checkbox"/> 認定特定行為業務従事者認定証 <input type="checkbox"/> Ⅲ又はⅣを算定する場合、添付すること。 <input type="checkbox"/> 登録特定行為事業者登録通知書 <input type="checkbox"/> Ⅲ又はⅣを算定する場合、添付すること。
テクノロジーの導入 （夜勤職員配置加算関係）	<input type="checkbox"/> テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書（別紙22） <input type="checkbox"/> テクノロジー導入による算定の場合、添付すること。
準ユニットケア体制加算	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） <input type="checkbox"/> 平面図（参考様式3）
個別機能訓練体制	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員の資格証の写し
A D L維持加算	添付資料は求めない。
若年性認知症入所者受入加算	添付資料は求めない。
常勤専従医師配置	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） <input type="checkbox"/> 医師の資格証の写し
精神科医師定期的療養指導	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） <input type="checkbox"/> 医師の資格証の写し
障害者生活支援体制	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） <input type="checkbox"/> 障害者生活支援員の資格証の写し
栄養マネジメント強化体制	<input type="checkbox"/> 栄養マネジメント体制に関する届出書（別紙11） <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） <input type="checkbox"/> 栄養ケアマネジメントを行う管理栄養士等の資格証の写し
療養食加算	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） <input type="checkbox"/> 管理栄養士又は栄養士の資格証の写し
配置医師緊急時対応加算	<input type="checkbox"/> 配置医師緊急時対応加算に係る届出書（別紙21） <input type="checkbox"/> 配置医師との契約書又は合意文書（配置医師との連絡方法の取り決めや24時間対応できる体制が整っていることがわかるもの）
看取り介護体制	<input type="checkbox"/> 看取り介護体制加算に係る届出書（別紙9-4） <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1） <input type="checkbox"/> 看護師の資格証の写し
在宅・入所相互利用体制	添付資料は求めない。
認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算に関する確認書（参考様式） <input type="checkbox"/> 研修修了証等の写し 加算（Ⅰ）：「認知症介護実践リーダー研修」修了証の写し 「認知症看護に係る適切な研修」受講等わかるもの 加算（Ⅱ）：「認知症介護実践リーダー研修」修了証の写し 「認知症介護指導者研修」修了証の写し

	「認知症看護に係る適切な研修」受講等わかるもの
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算に関する届出書（別紙 12-4） <input type="checkbox"/> 従業者常勤換算一覧表（サービス提供体制強化加算）（参考様式）
褥瘡マネジメント加算	<input type="checkbox"/> 褥瘡マネジメントに関する届出（別紙 23）
排せつ支援加算	添付資料は求めない。
自立支援促進加算	添付資料は求めない。
科学的介護推進体制加算	添付資料は求めない。
安全対策体制加算	添付資料は求めない。
介護職員処遇改善加算	※算定開始の前々月の末日までに、別途「介護職員処遇改善計画書・介護職員等特定処遇改善計画書」の提出が必要。
介護職員等特定処遇改善加算	
割引	<input type="checkbox"/> 割引率の設定について（別紙 5）※割引を行う場合のみ

【注 1】 必要に応じて、上記記載の添付書類の他に書類を求める場合があります。また、同時に複数の項目について届出をする場合には、重複する書類は省略することができます。

【注 2】 新規申請・更新申請と体制等届出を同時に行う場合には、「平面図」（参考様式 3）、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」（参考様式 1）及び資格証等の写しについて、申請書添付のものとで加算要件が確認できる場合は、体制届への添付を省略可能とします。

8. 業務管理体制

(1) 業務管理体制の整備に関する届出について

◎平成21年5月1日より、指定取消事案などの不正行為を未然に防止し、利用者の保護と介護事業運営の適正化を図るため、法令遵守等の業務管理体制の整備が義務付けられました。

◎業務管理体制は、指定又は許可を受けている事業所又は施設の数に応じて定められており、業務管理体制の整備に関する事項を記載した届出書を関係行政機関に届け出ることとされました。

<整備基準>

業務管理体制の整備の内容	事業所数		
	20未満	20以上100未満	100以上
法令遵守責任者の選任	必要	必要	必要
業務が法令に適合することを確保するための規定の整備	—	必要	必要
業務執行の状況の調査	—	—	必要

※ みなし事業所は除きます。

※ 同一事業所が、例えば訪問介護と介護予防訪問介護の指定を併せて受けている場合、事業所等の数は2と数えます。

(2) 業務管理体制の整備に関する事項の届出先

区 分		届 出 先
指定事業所等が2以上の都道府県に所在する事業者	事業所等が3以上の地方厚生局の区域に所在する場合	厚生労働大臣 (老健局介護保険指導室)
	事業所等が2以下の地方厚生局の区域に所在し、主たる事務所が県外にある場合	主たる事務所が所在する都道府県知事
指定事業所が同一中核市内にのみ所在する事業者		中核市の長 (介護保険担当課)
地域密着型サービス(介護予防含む)のみを行う事業者で、指定事業所が同一市町村内に所在する事業者		市町村長 (介護保険担当課)
上記以外の事業者		島根県知事 (健康福祉部高齢者福祉課)

(3) 届出様式及び提出期限

届出が必要となる事由	様 式	提出期限
○ 新規に業務管理体制を整備した場合	第1号様式	遅滞なく
○ 業務管理体制を届け出た後、事業所等の指定や廃止等(事業展開地域の変更)により、届出先区分の変更が生じた場合 (例:市町村→県、県→厚生労働大臣への変更) ※ 変更前及び変更後の行政機関の双方へ届け出てください	第1号様式	遅滞なく
○ 届出事項に変更があった場合 ※ 次のような場合は、変更の届出は不要です ・ 事業所等の数に変更が生じて、整備する業務管理体制が変更されない場合 ・ 法令遵守規程の字句の修正など業務管理体制に影響のない軽微な変更の場合	第2号様式	遅滞なく

(4) 提出先

◎届出先が島根県知事となる場合は、下記へ郵送又は持参してください(石見地区に所在する事業者も同様)。

〒690-8501 松江市殿町1番地 島根県健康福祉部高齢者福祉課 介護サービス指導グループ

9. <参考>老人福祉法の申請・届出

◎介護保険法の指定、変更届出のほか、特別養護老人ホームとして老人福祉法に基づく認可申請、変更届出が必要となります。

<開設者が市町村の場合>

開設者	区分	届出事項	変更（休廃止）届出		添付書類
			あらかじめ	変更日の1月前まで	
市町村	届出	※新規届出 様式5号その2	様式8号	様式10号	【新規】 ・施設の運営に関する重要事項に関する規程 ・協力病院及び協力歯科医療機関との契約書等 ・届出者の登記事項証明書 【変更】 変更事項について、既届出時に添付した書類等があるときは、変更後の当該書類（変更部分に限る。）を添付すること。
		施設の名称、種類及び所在地	○		
		施設の地理的状況			
		建物の規模及び構造並びに設備の概要	○	○	
		施設の運営についての重要事項に関する規程		(定員の変更)	
		入所者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要			
		職員の勤務の体制及び勤務形態			
		協力病院の名称及び診療科名並びに当該協力病院との契約の内容（協力歯科医療機関があるときは、その名称及び当該協力歯科医療機関との契約の内容を含む。）			
		施設の長その他主な職員の氏名及び経歴			
		事業開始の予定年月日	○		
		土地及び建物に係る権利関係	○		
		廃止する場合		○	
休止する場合		○			

<開設者が社会福祉法人の場合>

開設者	区分	申請事項	変更届出	変更認可	添付書類
			あらかじめ	変更日の1月前まで	
社会福祉法人	認可	※新規申請 様式6号その2	様式8号	様式11号	【新規】 ・当該市町村の区域外に施設を設置しようとする場合にあっては、その施設を設置しようとする区域の市町村の同意書 ・施設の運営に関する重要事項に関する規程 ・協力病院及び協力歯科医療機関との契約書等 ・申請者の登記事項証明書 【変更】 変更事項について、既届出時に添付した書類等があるときは、変更後の当該書類（変更部分に限る。）を添付すること。
		施設の名称、種類及び所在地	○		
		施設の地理的状況			
		建物の規模及び構造並びに設備の概要	○	○	
		特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準に規定する施設の運営についての重要事項に関する規程		(定員の変更)	
		入所者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要			
		職員の勤務の体制及び勤務形態			
		協力病院の名称及び診療科名並びに当該協力病院との契約の内容（協力歯科医療機関があるときは、その名称及び当該協力歯科医療機関との契約の内容を含む。）			
		施設の長その他主な職員の氏名及び経歴			
		事業開始の予定年月日	○		
		土地及び建物に係る権利関係	○		
		廃止する場合		○	
休止する場合		○			

○・・・変更が生じた場合に届出が必要な事項

10. 様式集

◎介護保険法に基づく指定申請、変更届等の様式
P15～33

◎介護報酬の加算届等の様式
P34～57

◎業務管理体制の届出様式
P58、59

◎＜参考＞老人福祉法の申請、届出の様式
P60～64

受付番号

指定居宅サービス事業所
 指定介護予防サービス事業所 指定（許可）申請書
 介護保険施設

年 月 日

島根県知事 様

申請者 住所
 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者職・氏名)

介護保険法に規定する事業所（施設）に係る指定（許可）を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所所在地市町村番号

申請者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種類別				法人所管庁	
	代表者の職・氏名及び生年月日	フリガナ 職名		フリガナ 氏名		生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
指定（許可）を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ 事業所等の名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定（許可）申請をする事業等の事業開始予定年月日	既に指定等を受けている事業等の指定（許可）年月日	様式	
	訪問介護				付表1	
	訪問入浴介護				付表2	
	訪問看護				付表3	
	訪問リハビリテーション				付表4	
	居宅療養管理指導				付表5	
	通所介護				付表6	
	通所リハビリテーション				付表7	
	短期入所生活介護				付表8	
	短期入所療養介護				付表9	
	特定施設入居者生活介護				付表10	
	福祉用具貸与				付表11	
	特定福祉用具販売				付表12	
	介護老人福祉施設				付表14	
	介護老人保健施設				付表15	
	介護療養型医療施設				付表16	
	介護医療院				付表17	
	指定介護予防訪問入浴介護				付表2	
指定介護予防訪問看護				付表3		
指定介護予防訪問リハビリテーション				付表4		
指定介護予防居宅療養管理指導				付表5		
指定介護予防通所リハビリテーション				付表7		
指定介護予防短期入所生活介護				付表8		
指定介護予防短期入所療養介護				付表9		
指定介護予防特定施設入居者生活介護				付表10		
指定介護予防福祉用具貸与				付表11		
指定介護予防福祉用具販売				付表12		
介護保険事業所番号	3	2			(既に指定又は許可を受けている場合)	
医療機関コード等						

記入担当者名 電話番号

- 備考
- 1 「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。
 - 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、株式会社等の別を記入してください。
 - 3 「代表者の職・氏名」及び「代表者の住所」欄は、申請者が法人である場合に記載してください。
 - 4 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 - 5 「実施事業」欄は、今回申請する事業又は施設に該当する欄には「◎」、既に指定等を受けている事業又は施設に該当する欄には「○」を記載してください。なお、今回の申請に伴って、介護保険法第72条第1項の規定により、指定があったものとみなされる事業については、該当欄に「みなし」と記載してください。
 - 6 「指定(許可)申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始(開設)予定年月日を記載してください。
 - 7 「既に指定等を受けている事業等」欄は、介護保険法に基づく指定事業者又は介護保険施設として指定(許可)された年月日(介護保険法施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定により指定(許可)があったものとみなされた事業については、「12. 4. 1」)を記載してください。
 - 8 「介護保険事業者番号」欄は、既に指定等を受けている場合に記載してください。
 - 9 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設、介護医療院又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コードが付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
 - 10 既に介護給付のサービス事業所の指定を受けている事業者が、介護予防サービス事業者の指定を受ける場合においては、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」及び「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。また、既に介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、介護給付のサービス事業者の指定を受ける場合においても同様に届出を省略できます。

受付番号

指定居宅サービス事業所
 指定介護予防サービス事業所 指定（許可）更新申請書
 介護保険施設

年 月 日

島根県知事 様

申請者 住所
 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者職・氏名)

介護保険法に規定する事業所（施設）に係る指定（許可）の更新を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

事業所所在地市町村番号

申 請 者	フリガナ 名 称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種類別				法人所管庁	
	代表者の職・氏名 及び生年月日	フリガナ 職 名		フリガナ 氏 名		生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	指 定 （ 許 可 ） 更 新 を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類	フリガナ 事業所等の名称				
事業所等の所在地		(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
事業等の種類		実施 事業	既に指定等を受けている事業等 の指定（許可）年月日		既に受けている指定等 の有効期間満了日	
指 定 居 宅 サ ー ビ ス		訪問介護				付表1
		訪問入浴介護				付表2
		訪問看護				付表3
		訪問リハビリテーション				付表4
		居宅療養管理指導				付表5
		通所介護				付表6
		通所リハビリテーション				付表7
		短期入所生活介護				付表8
		短期入所療養介護				付表9
		特定施設入居者生活介護				付表10
		福祉用具貸与				付表11
特定福祉用具販売					付表12	
施 設		介護老人福祉施設				付表14
		介護老人保健施設				付表15
		介護療養型医療施設				付表16
		介護医療院				付表17
指 定 介 護 予 防 サ ー ビ ス		介護予防訪問入浴介護				付表2
		介護予防訪問看護				付表3
		介護予防訪問リハビリテーション				付表4
		介護予防居宅療養管理指導				付表5
		介護予防通所リハビリテーション				付表7
		介護予防短期入所生活介護				付表8
		介護予防短期入所療養介護				付表9
		介護予防特定施設入居者生活介護				付表10
	介護予防福祉用具貸与				付表11	
	特定介護予防福祉用具販売				付表12	
	介護保険事業所番号	3	2			(既に指定又は許可を受けている事業所番号)
	医療機関コード等					
記入担当者名			電話番号			

- 備考
- 1 「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。
 - 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、株式会社、有限会社等の別を記入してください。
 - 3 「代表者の職・氏名及び生年月日」及び「代表者の住所」欄は、申請者が法人である場合に記載してください。
 - 4 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 - 5 「実施事業」欄は、今回更新申請する事業又は施設の欄に「○」を記載してください。
 - 6 「既に指定等を受けている事業等の指定(許可)年月日」欄は、介護保険法に基づく指定事業者又は介護保険施設として指定(許可)された年月日を記載してください。
 - 7 「既に受けている指定等の有効期間満了日」欄は、介護保険法に基づく指定又は許可の有効期間の満了年月日を記載してください。
 - 8 「介護保険事業者番号」欄は、既に指定等を受けている事業所番号を記載してください。
 - 9 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設、介護医療院又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コードが付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
 - 10 事業所ごとサービス種類ごとに作成し、提出してください。

変 更 届 出 書

年 月 日

島根県知事 様

事業者（開設者） 住 所
 （所在地）
 氏 名
 （名称及び代表者職・氏名）

次のとおり指定（許可）に係る事項を変更したので届け出ます。

		介護保険事業所番号																	
指定内容を変更した事業所（施設）		名 称																	
		所在地																	
サ ー ビ ス の 種 類																			
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容																	
1	事業所（施設）の名称	(変更前)																	
2	事業所（施設）の所在地																		
3	申請者（開設者）の名称及び主たる事務所の所在地																		
4	代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所及び職名																		
5	申請者（開設者）の登記事項証明書・条例等 （当該事業に関するものに限る。）																		
6	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等																		
7	備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業）																		
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所																		
9	サービス提供責任者の氏名及び住所																		
10	運営規程																		
11	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関																		
12	事業所の種別																		
13	提供する居宅療養管理指導の種類	(変更後)																	
14	事業実施形態 （本体施設が特別養護老人ホームの場合の 単独型・空床利用型・併設型の別）																		
15	入院患者又は入所者の定員																		
16	利用者（入所者）の推定数																		
17	福祉用具の保管・消毒方法 （委託している場合にあつては、委託先の状況）																		
18	併設施設の状況等																		
19	介護支援専門員の氏名及びその登録番号																		
20	その他																		
変 更 年 月 日											年 月 日								

- 備考 1 「変更事項」欄は、該当する項目番号に「○」を付してください。
 2 変更内容が確認できる書類を添付してください。

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

島根県知事 様

住所
 開設者（法人の所在地）
 氏名
 （法人名称及び代表者職・氏名）

次のとおり指定を辞退したいので届出ます。

	介護保険事業所番号											
施設の種類												
指定を辞退する施設	名称											
	所在地											
指定を受けた年月日				年				月				日
指定を辞退する年月日				年				月				日
指定を辞退する理由												
現に施設に入所している者に対する措置												

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

介護老人福祉施設の指定に係る記載事項（従来型）

受付番号

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市							
		(ビルの名称等)							
連絡先	電話番号				FAX番号				
	メールアドレス								
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名								
	生年月日								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)		名称						
		兼務する職種							
短期入所生活介護の実施の有無		有・無		事業の実施形態		空床型・併設型			
入所者数		人(推定数を記入)		短期入所利用者数(併設型の場合)		人(推定数を記入)			
従業者の職種・員数		医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数		常勤(人)							
		非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)		/							
基準上の必要人数(人)									
適合の可否									
		栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数		常勤(人)							
		非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
適合の可否									
設備基準上の数値記載項目等		介護老人福祉施設				短期入所生活介護			
				基準上の必要	適合の可否			基準上の必要	適合の可否
居室	1室の最大定員			人以下			人	人以下	
	入所者1人あたりの最小床面積			㎡			㎡	㎡	
食堂と機能訓練室	の合計面積			㎡			㎡	㎡	
廊下	片廊下の幅			m			m	m	
	中廊下の幅			m			m	m	
主な掲示事項									
入所(利用)定員								人	人
利用料	法定代理受領分								
	法定代理受領分以外								
その他の費用									
添付書類		別添のとおり							

- 備考 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「適合の可否」欄は、記載しないでください。
- 2 「同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務」欄は、管理者が兼務する場合に記載してください。
- 3 「短期入所生活介護の実施の有無」欄は、「有・無」のいずれか一方に「○」を付し、短期入所生活介護を実施している場合は、「事業の実施形態」欄の「空床型・併設型」のいずれか一方又は両方に「○」を付してください。
- 4 「入所者数」及び「短期入所利用者数」欄は、推定数を記載してください。なお、「短期入所利用者数」欄は、併設型の場合に記載してください。
- 5 「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 6 「主な掲示事項」欄については、この欄の記載に代えて、別に資料を添付して差し支えありません。
- 7 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 8 当該介護老人福祉施設サービス以外のサービスを実施する場合は、当該介護老人福祉施設サービスの部分とそれ以外のサービスの部分について料金の状況が確認できる料金表を添付してください。
- 9 「従来型」で申請する場合は本様式を使用してください。

介護老人福祉施設の指定に係る記載事項 (ユニット型)

受付番号

施設	フリガナ 名 称						
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市					
		(ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	メールアドレス						
管 理 者	フリガナ 氏 名			住所	(郵便番号 -)		
	生年月日						
	同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名 称			兼務する職種		
短期入所生活介護の実施の有無	有 ・ 無		事業の実施形態	空床型 ・ 併設型			
入居者数	人(推定数を記入)			短期入所利用者数(併設型の場合)	人(推定数を記入)		
従業者の職種・員数			医 師	生活相談員	介護職員	看護職員	
			専 従	※兼 務	専 従	※兼 務	
介護老人福祉施設及び 短期入所生活介護従事人数	常 勤(人)						
	非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)							
適合の可否							
			栄 養 士	機能訓練指導員	介護支援専門員	栄養士を配置しな い場合の措置	
			専 従	※兼 務	専 従	※兼 務	
介護老人福祉施設及び 短期入所生活介護従事人数	常 勤(人)						
	非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)							
適合の可否							
設備基準上の数値記載項目等	介護老人福祉施設			短期入所生活介護			
		基準上の必要	適合の可否		基準上の必要	適合の可否	
ユ ニ ッ ト 数	ユニット	-	-	ユニット	-	-	
ユ ニ ッ ト の 定 員	～ 人	人	人	～ 人	人	人	
個 室 の 面 積	～ m ²	m ²	m ²	～ m ²	m ²	m ²	
ユニット内の共同生活室の面積	～ m ²	m ²	m ²	～ m ²	m ²	m ²	
主な揭示事項							
入居(利用)定員				人			
利用料	法定代理受領分						
	法定代理受領分以外						
その他の費用							
添 付 書 類	別添のとおり						

- 備考 1 「受付番号」、「基準上の必要人数」及び「適合の可否」欄は、記載しないでください。
- 2 「同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務」欄は、管理者が兼務する場合に記載してください。
- 3 「短期入所生活介護の実施の有無」欄は、「有・無」のいずれか一方に「○」を付し、短期入所生活介護を実施している場合は、「事業の実施形態」欄の「空床型・併設型」のいずれか一方又は両方に「○」を付してください。
- 4 「入居者数」及び「短期入所利用者数」欄は、推定数を記載してください。なお、「短期入所利用者数」欄は、併設型の場合に記載してください。
- 5 「※兼務」欄は、短期入所生活介護以外の兼務を行う職員について記載してください。
- 6 「主な揭示事項」欄については、この欄の記載に代えて、別の資料を添付して差し支えありません。
- 7 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 8 当該介護老人福祉施設サービス以外のサービスを実施する場合は、当該介護老人福祉施設サービスの部分とそれ以外のサービスの部分について料金の状況が確認できる料金表を添付してください。
- 9 「ユニット型」で申請する場合は本様式を使用してください。

(参考様式1)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

令和 3 (2021) 年 4 月

サービス種別 (指定介護老人福祉施設 (従来型))
事業所名 (○○○○)

(1) 4 週
(2) 予定

(3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 40 時間/週 160 時間/月

当月の日数 30 日

(4) 入所者数 (利用者数) (前年度の平均値または推定数) 人

Table with columns for No, (5) 職種, (6) 勤務形態, (7) 資格, (8) 氏名, (9) 勤務時間 (1週目 to 5週目), (10) 1~4週目の勤務時間数合計, (11) 週平均勤務時間数, (12) 兼務状況.

(13) 【任意入力】人員基準の確認 (看護職員・介護職員)

①看護職員

Table for nursing staff calculation showing勤務形態 (A, B, C, D), 勤務時間数合計 (当月合計, 週平均), 常勤換算の対象時間数, and 常勤換算方法対象外の人数.

■ 常勤換算方法による人数 基準: 週
常勤換算の対象時間数 (週平均) ÷ 常勤の従業者が週に勤務すべき時間数 = 常勤換算後の人数
0 ÷ 40 = 0.0 (小数点第2位以下切り捨て)

■ 看護職員の常勤換算方法による人数
常勤換算方法対象外の人数 + 常勤換算方法による人数 = 合計
0 + 0.0 = 0.0人

②介護職員

Table for nursing staff calculation showing勤務形態 (A, B, C, D), 勤務時間数合計 (当月合計, 週平均), 常勤換算の対象時間数, and 常勤換算方法対象外の人数.

■ 常勤換算方法による人数 基準: 週
常勤換算の対象時間数 (週平均) ÷ 常勤の従業者が週に勤務すべき時間数 = 常勤換算後の人数
0 ÷ 40 = 0.0 (小数点第2位以下切り捨て)

■ 介護職員の常勤換算方法による人数
常勤換算方法対象外の人数 + 常勤換算方法による人数 = 合計
0 + 0.0 = 0.0人

③看護職員と介護職員の合計

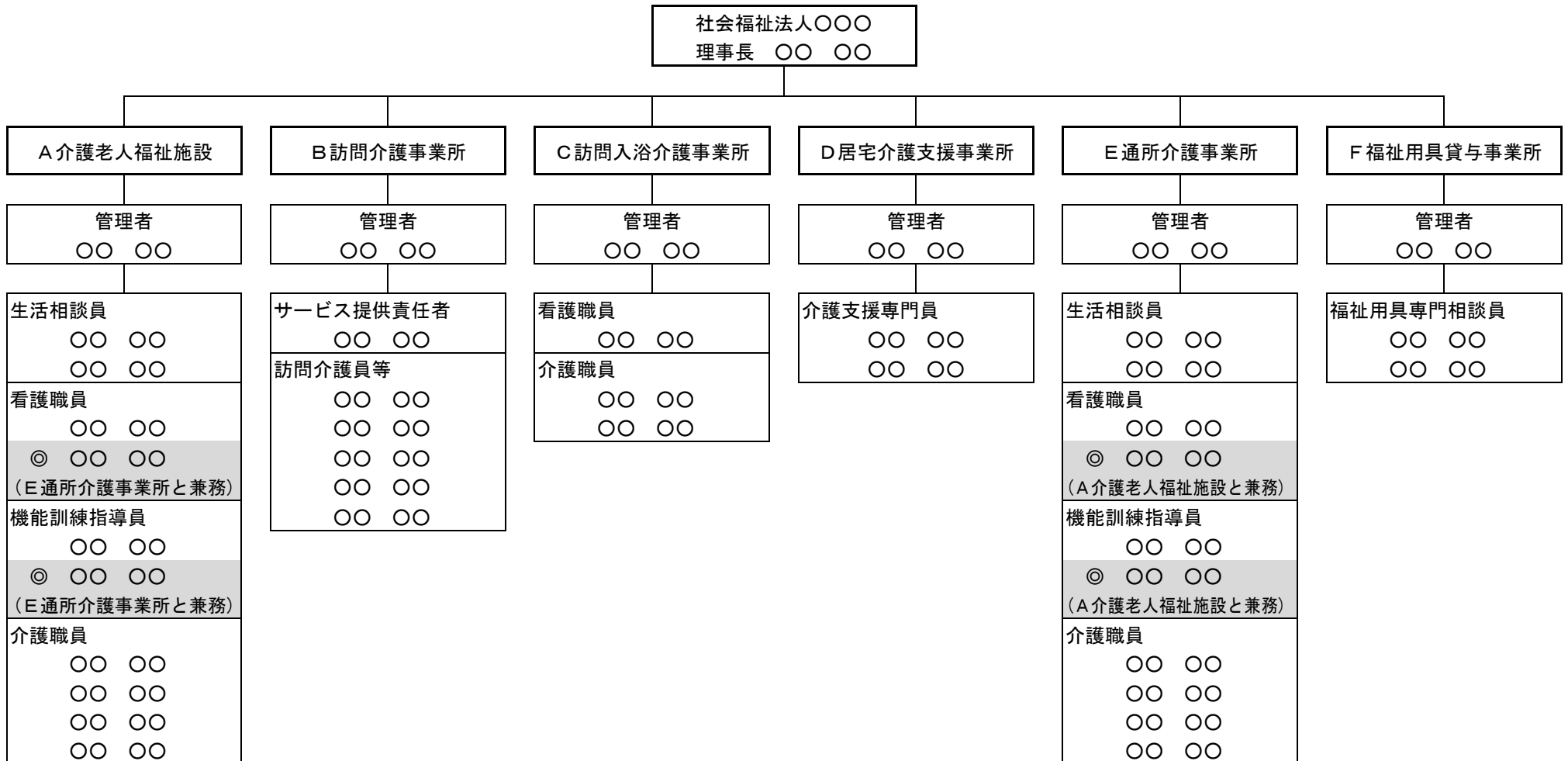
看護職員 0.0人 + 介護職員 0.0人 = 合計 0.0人

(勤務形態の記号)

Table mapping 記号 (A, B, C, D) to 区分 (常勤で専従, 常勤で兼務, 非常勤で専従, 非常勤で兼務).

(参考例)

組織体制図



◎印：兼務がある者

(参考様式2)

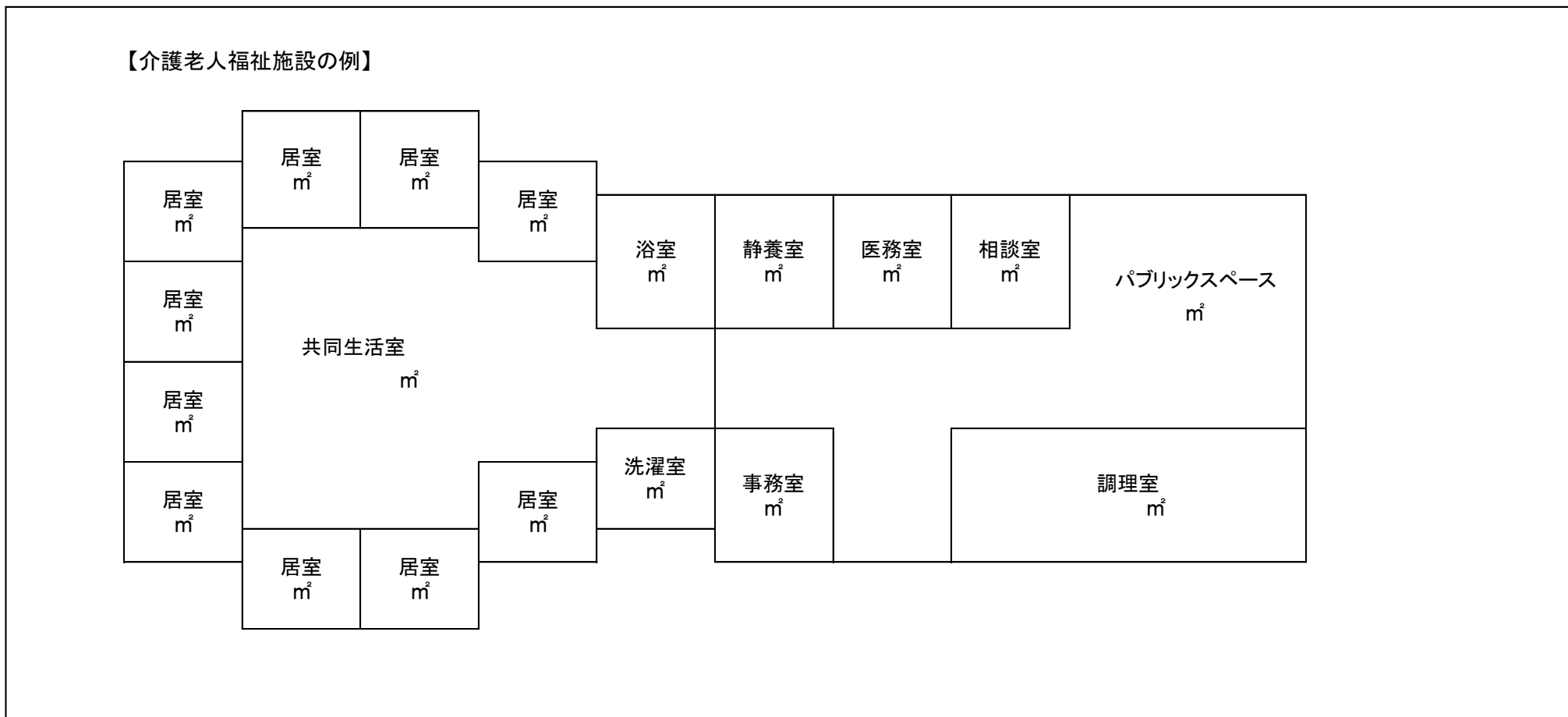
〇〇〇経歴書

事業所の名称			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	(郵便番号 -)		
電話番号			
主 な 職 歴 等			
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等	職 務 内 容	
職務に関連する資格			
資格の種類		資格取得年月	
備 考 (研修等の受講の状況等)			

- 備考1 「〇〇〇」には、「管理者」、「サービス提供責任者」又は「経験看護師等」と記入してください。
- 2 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
- 3 当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。

事業所(施設)の平面図

事業所・施設の名称	
-----------	--



- 備考1 各室の用途及び面積を記載してください。
- 2 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。
 - 3 事業所の外観及び内部の写真を添付してください。

(参考様式4)

受付番号	
------	--

事業所の部屋別施設一覧表

サービス種類 ()

事業所名・施設名 ()

設置階 部屋の種類		() 階			() 階			() 階			合 計	
		室数	面 積	備 考	室数	面 積	備 考	室数	面 積	備 考	室数	面 積
(居室・療養室)	1室の 定員		()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
片廊下の幅			m			m			m			
中廊下の幅			m			m			m			
共用する施設・事業所名 ()												

- 備考1 設備基準で定められた部屋について、設置階ごとに記入してください。
- 2 居室・療養室等については、「1室の定員」ごとに分けて記入してください。また、同じ定員でも、面積の異なる部屋がある場合は、さらにそれぞれの部屋ごとに分けて記入してください。
- 3 「1人あたり面積」の算出が必要な設備は、面積欄の()内に記入してください(算出にあたって、小数点以下第2位を切り捨ててください)。
- 4 部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数・面積を記入してください。
- 5 他の事務所又は施設と共用している場合は、「備考欄」に「共用」と記入し、「共用する事務所・施設名」欄に正式名称を記入し、共用先の当該部分の平面図を添付してください。
- 6 同一の事業所又は施設の他の部屋と兼用している場合は、「備考欄」に「〇〇室と兼用」と記入してください。
- 7 設置階数が様式の欄を超える場合は、複数枚に分けて記入し、まとめて提出してください。

受付 番号	
----------	--

事業所（施設）の設備等に係る項目一覧表

サービス種類（ ）

事務所名・施設名（ ）

部屋・設備の種類	設備基準上適合すべき項目についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要 非常災害設備等		
備品の品目	備品の品名及び数量	

備考1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「事業所の部屋別施設一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。

2 記載内容を確認できる書面及び写真等を添付し、その旨を合わせて記載してください。

3 「受付番号」欄・「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

(参考様式6)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

措 置 の 概 要	
1	利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置
2	円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
3	苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入)
4	その他参考事項

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

(参考様式)

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

フリガナ 氏名	介護支援専門員の登録番号 (介護支援専門員証の有効期間満了日)	常勤	非常勤	専従	兼務	兼務の場合の 兼務先及び 兼務する職種
	(年 月 日)					
	(年 月 日)					
	(年 月 日)					
	(年 月 日)					
	(年 月 日)					
	(年 月 日)					

備考 1 「常勤、非常勤」欄及び「専従、兼務」欄には、該当する部分に○を記載してください。

2 「兼務の場合の兼務先及び兼務する職種」欄には、他の事業所の従業者と兼務をしている場合、兼務先事業所名及び当該事業所での職種名(例一介護職員、生活相談員等)を記載してください。

(参考様式9-3 (介護老人福祉施設用))

介護保険法第86条第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

島根県知事 殿

申請者 住所

氏名 (名称及び代表者名)

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(役員又は施設の長が下記の第七号に該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第86条第2項)

- 一 第八十八条第一項に規定する人員を有しないとき。
- 二 第八十八条第二項に規定する指定介護老人福祉施設の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護老人福祉施設の運営をすることができないと認められるとき。
- 三 当該特別養護老人ホームの開設者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
 - 三の二 当該特別養護老人ホームの開設者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
 - 三の三 当該特別養護老人ホームの開設者が、健康保険法、地方公務員等共済組合法、厚生年金保険法又は労働保険の保険料の徴収等に関する法律の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料、負担金又は掛金のすべて(当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料、負担金又は掛金の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う保険料、負担金又は掛金に限る。)を引き続き滞納している者であるとき。
- 四 当該特別養護老人ホームの開設者が、第九十二条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護老人福祉施設の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護老人福祉施設の開設者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護老人福祉施設の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 五 当該特別養護老人ホームの開設者が、第九十二条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があつた日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第九十一条の規定による指定の辞退をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
 - 五の二 当該特別養護老人ホームの開設者が、第九十条第一項の規定による検査が行われた日から聴

聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第九十二条第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該特別養護老人ホームの開設者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第九十一条の規定による指定の辞退をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

六 当該特別養護老人ホームの開設者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

七 当該特別養護老人ホームの開設者の役員又はその長のうちに次のいずれかに該当する者があるとき。

イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者

ロ 第三号、第三号の二又は前号に該当する者

ハ 保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等のすべてを引き続き滞納している者

ニ 第九十二条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消された特別養護老人ホームにおいて、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内にその開設者の役員又はその長であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないもの（当該指定の取消しが、指定介護老人福祉施設の指定の取消しのうち、当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護老人福祉施設の開設者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護老人福祉施設の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。）

ホ 第五号に規定する期間内に第九十一条の規定による指定の辞退をした特別養護老人ホーム（当該指定の辞退について相当の理由がある特別養護老人ホームを除く。）において、同号の通知の日前六十日以内にその開設者の役員又はその長であった者で当該指定の辞退の日から起算して五年を経過しないもの

介護保険施設の指定申請等に関する事前確認（兼通知）書

年 月 日

島根県健康福祉部長 様
（高齢者福祉課）

（事前確認者住所）
（事前確認者氏名）

島根県介護保険事業支援計画及び島根県老人福祉計画の進行管理の適正化に関する要綱第2の規定に基づき、通知するとともに事前確認を求めます。

指定申請等を行おうとする事業所等の名称	
指定申請等を行おうとする事業所等の所在地（予定地）	
事業種別	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介護専用型特定施設入居者生活介護 2. 混合型特定施設入居者生活介護 3. 介護老人保健施設 4. 介護療養型医療施設 5. 養護老人ホーム 6. 特別養護老人ホーム
指定申請等の区分	<ol style="list-style-type: none"> 1. 新規（定員 人） 2. 定員の増加（ 人 → 人）
事業に係る建物の区分	<ol style="list-style-type: none"> 1. 既存（改修及び増築等を行わない） 2. 新規（新たに建設、改修又は増築等を行う）
事業開始（定員増加） 予定年月日	年 月 日
着工予定年月日 （新たに建設、改修又は 増築等を行う場合）	年 月 日

※この、事前確認の手続は、指定申請等に先立ち、圏域において新たに指定等を行うことが可能な「定員数の範囲」を確認するためのものです。

※この手続により得られた意見を踏まえ指定申請等を行っていただくこととなりますが、指定申請等が行われた場合、実際に指定等を行うかどうかについては別途個別に判断されることとなります。

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

年 月 日

知事 殿

所在地
名称

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種類		法人所轄庁			
	代表者の職・氏名	職名		氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市				
事業所・施設の状態	フリガナ 事業所・施設の名称					
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市				
届出を行う事業所・施設の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目 (※変更の場合)
	訪問介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	通所介護			1新規 2変更 3終了		
	通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
	福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	介護予防短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
介護予防福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了			
施設	介護老人福祉施設			1新規 2変更 3終了		
	介護老人保健施設			1新規 2変更 3終了		
	介護療養型医療施設			1新規 2変更 3終了		
	介護医療院			1新規 2変更 3終了		
介護保険事業所番号						
医療機関コード等						
特記事項	変更前			変更後		
関係書類	別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
- 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

(別紙1)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(介護福祉施設)

事業所番号	事業所番号	3	2																
-------	-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その 他 該 当 す る 体 制 等					LIFEへの登録	割引		
各サービス共通			地域区分	1 1級地 4 6級地	6 2級地 9 7級地	7 3級地 5 その他	2 4級地	3 5級地			
51 介護福祉施設サービス	1 介護福祉施設 2 経過的小規模介護福祉施設 3 ユニット型介護福祉施設 4 経過的ユニット型小規模介護福祉施設		夜間勤務条件基準	1 基準型	6 減算型				1 なし 2 あり	1 なし 2 あり	
			職員の欠員による減算の状況	1 なし	2 看護職員	3 介護職員	4 介護支援専門員				
			ユニットケア体制	1 対応不可	2 対応可						
			身体拘束廃止取組の有無	1 減算型	2 基準型						
			安全管理体制	1 減算型	2 基準型						
			栄養ケア・マネジメントの実施の有無	1 なし	2 あり						
			日常生活継続支援加算	1 なし	2 あり						
			テクノロジーの導入 (日常生活継続支援加算関係)	1 なし	2 あり						
			看護体制加算Ⅰ	1 なし	2 あり						
			看護体制加算Ⅱ	1 なし	2 あり						
			夜勤職員配置加算	1 なし	2 加算Ⅰ・加算Ⅱ	3 加算Ⅲ・加算Ⅳ					
			テクノロジーの導入 (夜勤職員配置加算関係)	1 なし	2 あり						
			準ユニットケア体制	1 対応不可	2 対応可						
			生活機能向上連携加算	1 なし	3 加算Ⅰ	2 加算Ⅱ					
			個別機能訓練加算	1 なし	2 あり						
			ADL維持等加算〔申出〕の有無	1 なし	2 あり						
			若年性認知症入所者受入加算	1 なし	2 あり						
			常勤専従医師配置	1 なし	2 あり						
			精神科医師定期的療養指導	1 なし	2 あり						
			障害者生活支援体制	1 なし	2 加算Ⅰ	3 加算Ⅱ					
			栄養マネジメント強化体制	1 なし	2 あり						
			療養食加算	1 なし	2 あり						
			配置医師緊急時対応加算	1 なし	2 あり						
			看取り介護体制	1 なし	2 加算Ⅰ	3 加算Ⅱ					
			在宅・入所相互利用体制	1 対応不可	2 対応可						
			認知症専門ケア加算	1 なし	2 加算Ⅰ	3 加算Ⅱ					
			褥瘡マネジメント加算	1 なし	2 あり						
			排せつ支援加算	1 なし	2 あり						
			自立支援促進加算	1 なし	2 あり						
			科学的介護推進体制加算	1 なし	2 あり						
安全対策体制	1 なし	2 あり									
サービス提供体制強化加算	1 なし	6 加算Ⅰ	5 加算Ⅱ	7 加算Ⅲ							
介護職員処遇改善加算	1 なし	6 加算Ⅰ	5 加算Ⅱ	2 加算Ⅲ	3 加算Ⅳ						
介護職員等特定処遇改善加算	4 加算Ⅴ										
介護職員等特定処遇改善加算	1 なし	2 加算Ⅰ	3 加算Ⅱ								

島根県知事 様

事業所・施設名

指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について

1 割引率等

事業所番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

サービスの種類	割引率	適用条件
訪問介護	(例) 10%	(例) 毎日 午後2時から午後4時まで
	%	
	%	
訪問入浴介護	%	
	%	
	%	
通所介護	%	
	%	
	%	
短期入所生活介護	%	
	%	
	%	
特定施設入居者生活介護	%	
	%	
	%	
介護老人福祉施設	%	
	%	
	%	
介護予防訪問入浴介護	%	
	%	
	%	
介護予防短期入所生活介護	%	
	%	
	%	
介護予防特定施設入居者生活介護	%	
	%	
	%	

備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

2 適用開始年月日

令和 年 月 日

看護体制加算に係る届出書

事業所名			
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了		
施設種別	1 介護老人福祉施設	2 地域密着型介護老人福祉施設	
届出項目	1 看護体制加算(Ⅰ)イ	2 看護体制加算(Ⅰ)ロ	
	3 看護体制加算(Ⅱ)イ	4 看護体制加算(Ⅱ)ロ	

看護体制加算に関する届出内容

定員及び入所者の状況

定員	人	入所者数	人
----	---	------	---

看護職員の状況

保健師	常勤	人	常勤換算	人
看護師	常勤	人	常勤換算	人
准看護師	常勤	人	常勤換算	人

連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

病院・診療所・訪問看護ステーション名	事業所番号

24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無
-----------------------	-----

看取り介護体制に係る届出書

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
施設種別	1 介護老人福祉施設 2 地域密着型介護老人福祉施設

看取り介護体制に関する届出内容

看護職員の状況

看護師	常勤	人
-----	----	---

連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

病院・診療所・訪問看護ステーション名	事業所番号

① 24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無
② 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に説明し、同意を得る体制を整備している。	有・無
③ 医師、看護職員、生活相談員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行う体制を整備している。	有・無
④ 看取りに関する職員研修を行う体制を整備している。	有・無
⑤ 看取りを行う際の個室又は静養室の利用が可能となる体制を整備している。	有・無
⑥ 配置医師緊急時対応加算の算定体制の届出をしている。	有・無
⑦ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行っている。	有・無

栄養マネジメント体制に関する届出書

1 事業所名																							
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了																						
3 施設種別	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 地域密着型介護老人福祉施設 5 介護医療院																						
4 栄養マネジメントの状況	<p>1. 基本サービス（栄養ケア・マネジメントの実施）</p> <p>栄養マネジメントに関わる者（注）</p> <table border="1"><thead><tr><th>職 種</th><th>氏 名</th></tr></thead><tbody><tr><td>医 師</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師</td><td></td></tr><tr><td>管 理 栄 養 士</td><td></td></tr><tr><td>看 護 師</td><td></td></tr><tr><td>介護支援専門員</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p>2. 栄養マネジメント強化加算</p> <table border="1"><tr><td>a. 入所者数</td><td>人</td></tr><tr><td>b. 栄養マネジメントを実施している管理栄養士の総数（常勤換算）</td><td>人</td></tr><tr><td>c. 給食管理を行っている常勤栄養士（b. の管理栄養士は含まない）</td><td>人</td></tr></table> <p>→ 入所者数を50で除した数以上 （給食管理を行う常勤栄養士が1名以上配置されている場合）70で除した数以上</p>	職 種	氏 名	医 師		歯科医師		管 理 栄 養 士		看 護 師		介護支援専門員						a. 入所者数	人	b. 栄養マネジメントを実施している管理栄養士の総数（常勤換算）	人	c. 給食管理を行っている常勤栄養士（b. の管理栄養士は含まない）	人
職 種	氏 名																						
医 師																							
歯科医師																							
管 理 栄 養 士																							
看 護 師																							
介護支援専門員																							
a. 入所者数	人																						
b. 栄養マネジメントを実施している管理栄養士の総数（常勤換算）	人																						
c. 給食管理を行っている常勤栄養士（b. の管理栄養士は含まない）	人																						

注 「栄養マネジメントに関わる者」には、共同で栄養ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。
※ 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書

〔 (介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院 〕

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 施設種別	1 (介護予防)短期入所生活介護 (ア 単独型 イ 併設型 ウ 空床利用型) 2 (介護予防)短期入所療養介護 3 介護老人福祉施設 4 地域密着型介護老人福祉施設 5 介護老人保健施設 6 介護療養型医療施設 7 介護医療院
4 届出項目	1 サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) 2 サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) 3 サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)

5 介護職員等の状況

(1) サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)

介護福祉士等の状況	①に占める②の割合が80%以上		有・無
	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	
又は			
サービスの質の向上に資する取組の状況	①に占める③の割合が35%以上		有・無
	③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	
※(地域密着型)介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院は記載			

(2) サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)

介護福祉士等の状況	①に占める②の割合が60%以上		有・無
	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	

(3) サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)

※介護福祉士等の状況、常勤職員の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか1つを満たすこと。

介護福祉士等の状況	①に占める②の割合が50%以上		有・無
	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	
常勤職員の状況	①に占める②の割合が75%以上		有・無
	① 看護・介護職員の総数 (常勤換算)	人	
	② ①のうち常勤の者の総数 (常勤換算)	人	
勤続年数の状況	①に占める②の割合が30%以上		有・無
	① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人	
	② ①のうち勤続年数7年以上の者の総数 (常勤換算)	人	

備考1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考2 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設と(介護予防)短期入所生活介護において、別の加算を取得する場合は、別に本届出書を提出すること。空床利用型の(介護予防)短期入所生活介護について届け出る場合は、本体施設である介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設における状況を記載すること。

日常生活継続支援加算に関する届出書
(介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 施設種別	1 介護老人福祉施設 2 地域密着型介護老人福祉施設
4 届出項目	1 日常生活継続支援加算(Ⅰ) 2 日常生活継続支援加算(Ⅱ)

5 入所者の状況及び介護福祉士の状況	入所者の状況 (下表については①を記載した場合は②若しくは③のいずれかを、④を記載した場合は⑤を必ず記載すること。)				
	①	前6月又は前12月の新規新規入所者の総数	人		
	②	①のうち入所した日の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の数	人	→ ①に占める②の割合が70%以上	有・無
	③	①のうち入所した日の日常生活自立度がランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の数	人	→ ①に占める③の割合が65%以上	有・無
	④	入所者総数	人		
	⑤	①のうち社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の数	人	→ ④に占める⑤の割合が15%以上	有・無
	介護福祉士の割合				
	介護福祉士数	常勤換算	人	→ 介護福祉士数：入所者数が1：6以上	有・無

備考1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出してください。

備考2 ①で前6月(前12月)の新規入所者の総数を用いる場合、②及び③については、当該前6月(前12月)の新規入所者の総数に占めるそれぞれの要件に該当する者の数を記載してください。

テクノロジーの導入による日常生活継続支援加算に関する届出書

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 施設種別	1 介護老人福祉施設 2 地域密着型介護老人福祉施設
4 届出項目	1 日常生活継続支援加算（Ⅰ） 2 日常生活継続支援加算（Ⅱ）

5 入所者の状況及び介護福祉士の状況	<p>入所者の状況 （下表については①を記載した場合は②若しくは③のいずれかを、④を記載した場合は⑤を必ず記載すること。）</p> <table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>前6月又は前12月の新規新規入所者の総数</td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち入所した日の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の数</td> <td>人</td> <td>→ ①に占める②の割合が70%以上</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>①のうち入所した日の日常生活自立度がランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の数</td> <td>人</td> <td>→ ①に占める③の割合が65%以上</td> </tr> <tr> <td>④</td> <td>入所者総数</td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑤</td> <td>①のうち社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の数</td> <td>人</td> <td>→ ④に占める⑤の割合が15%以上</td> </tr> </table> <p>介護福祉士の割合</p> <table border="1"> <tr> <td>介護福祉士数</td> <td>常勤換算</td> <td>人</td> <td>→ 介護福祉士数：入所者数が1：7以上</td> </tr> </table>		①	前6月又は前12月の新規新規入所者の総数	人		②	①のうち入所した日の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の数	人	→ ①に占める②の割合が70%以上	③	①のうち入所した日の日常生活自立度がランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の数	人	→ ①に占める③の割合が65%以上	④	入所者総数	人		⑤	①のうち社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の数	人	→ ④に占める⑤の割合が15%以上	介護福祉士数	常勤換算	人	→ 介護福祉士数：入所者数が1：7以上	有・無 有・無 有・無 有・無
	①	前6月又は前12月の新規新規入所者の総数	人																								
②	①のうち入所した日の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の数	人	→ ①に占める②の割合が70%以上																								
③	①のうち入所した日の日常生活自立度がランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の数	人	→ ①に占める③の割合が65%以上																								
④	入所者総数	人																									
⑤	①のうち社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の数	人	→ ④に占める⑤の割合が15%以上																								
介護福祉士数	常勤換算	人	→ 介護福祉士数：入所者数が1：7以上																								
6 テクノロジーの使用状況	<p>以下の①から④の取組をすべて実施していること。</p> <p>① テクノロジーを搭載した機器について、少なくとも以下のi～iiiの項目の機器を使用</p> <ul style="list-style-type: none"> i 入所者全員に見守り機器を使用 ii 職員全員がインカムを使用 iii 介護記録ソフト、スマートフォン等のICTを使用 iv 移乗支援機器を使用 (導入機器) <table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>製造事業者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>用途</td> <td></td> </tr> </table> <p>② 利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担の軽減を図るため、以下のすべての項目について、テクノロジー導入後、少なくとも3か月以上実施</p> <ul style="list-style-type: none"> i 利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担を軽減するための委員会を設置 ii 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮 iii 機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む） iv 職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施 <p>③ ②のiの委員会で安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認</p> <p>④ ケアのアセスメント評価や人員体制の見直しをPDCAサイクルによって継続して実施</p>		名称		製造事業者		用途		有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無																		
名称																											
製造事業者																											
用途																											

備考1 要件を満たすことが分かる議事概要を提出すること。このほか要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考2 5①で前6月（前12月）の新規入所者の総数を用いる場合、②及び③については、当該前6月（前12月）の新規入所者の総数に占めるそれぞれの要件に該当する者の数を記載すること。

備考3 6②iの委員会には、介護福祉士をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画すること。

(別紙21)

配置医師緊急時対応加算に係る届出書

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
施設種別	1 介護老人福祉施設 2 地域密着型介護老人福祉施設

配置医師緊急時対応加算に関する届出内容									
配置医師名									
<table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>									
連携する協力医療機関									
協力医療機関名	医療機関コード								
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
① 看護体制加算(Ⅱ)を算定している。	有・無								
② 入所者に対する注意事項や病状等の情報共有並びに、曜日や時間帯ごとの配置医師又は協力医療機関との連絡方法や診察を依頼するタイミング等について、配置医師又は協力医療機関と施設の間で具体的な取り決めがなされている。	有・無								
③ 複数名の配置医師を置いている、若しくは配置医と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保している。	有・無								
④ ②及び③の内容について届出を行っている。	有・無								

備考1 配置医師については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発0331002)別紙様式「特別養護老人ホーム等の施設の状況及び配置医師等について」に記載された配置医師を記載してください。

備考2 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

テクノロジーの導入による夜勤職員配置加算に係る届出書

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
施設種別	1 介護老人福祉施設 2 地域密着型介護老人福祉施設 3 短期入所生活介護

以下について、該当する届出項目における必要事項を記載すること。

配置要件① 最低基準に加えて配置する人員が「0.9人配置」

① 入所（利用）者数
 人

② 見守り機器を導入して見守りをを行っている対象者数
 人

③ ①に占める②の割合
 % → 10%以上 有・無

④ 導入機器

名称	
製造事業者	
用途	

⑤ 導入機器の継続的な使用（9週間以上） 有・無

⑥ 導入機器を安全かつ有効に活用するための委員会における、ヒヤリハット・介護事故が減少していることの確認、必要な分析・検討等 有・無

配置要件② 最低基準に加えて配置する人員が「0.6人配置」

① 入所（利用）者全員に見守り機器を使用 有・無

② 夜勤職員全員がインカム等のICTを使用 有・無

③ 導入機器

名称	
製造事業者	
用途	

④ 利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担の軽減を図るため、以下のすべての項目について、テクノロジー導入後、少なくとも3か月以上実施

- i 利用者の安全やケアの質の確保、職員の負担を軽減するための委員会の設置 有・無
- ii 職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮 有・無
- iii 機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む） 有・無
- iv 職員に対するテクノロジー活用に関する教育の実施 有・無
- v 夜間の訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施 有・無

⑤ ④ i の委員会で安全体制やケアの質の確保、職員の負担軽減が図られていることを確認 有・無

備考1 配置要件②については、要件を満たすことが分かる議事概要を提出すること。このほか要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考2 配置要件②の④ i の委員会には、夜勤職員をはじめ実際にケア等を行う多職種の職員が参画すること。

備考3 テクノロジーを導入した場合の介護老人福祉施設の夜間の人員配置基準（従来型）を適用する場合は、当該加算の配置要件②の「0.6人配置」を「0.8人配置」に読み替えるものとする。

褥瘡マネジメントに関する届出書

1 事業所名																					
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了																				
3 施設種別	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 看護小規模多機能型居宅介護																				
4 褥瘡マネジメントの状況	褥瘡マネジメントに関わる者 <table border="1"><thead><tr><th>職 種</th><th>氏 名</th></tr></thead><tbody><tr><td>医 師</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師</td><td></td></tr><tr><td>看 護 師</td><td></td></tr><tr><td>管 理 栄 養 士</td><td></td></tr><tr><td>介護支援専門員</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>	職 種	氏 名	医 師		歯科医師		看 護 師		管 理 栄 養 士		介護支援専門員									
職 種	氏 名																				
医 師																					
歯科医師																					
看 護 師																					
管 理 栄 養 士																					
介護支援専門員																					

※ 「褥瘡マネジメントに関わる者」には、共同で褥瘡ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。

(参考様式) 【短期入所サービス・介護保険施設用】

従業者常勤換算一覧表(サービス提供体制強化加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)

事業所・施設名()
 開設(再開)年月日(年 月 日)
 一覧表対象年度(年度分)

加算区分	1. 加算Ⅰ(介護福祉士80%以上) 2. 加算Ⅱ(介護福祉士60%以上) 3. 加算Ⅲ(介護福祉士50%以上) 4. 加算Ⅰ(勤続10年以上の介護福祉士35%以上)
サービス種類	1. (介護予防)短期入所生活介護 2. (介護予防)短期入所療養介護 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 介護医療院

職種	氏名	介護福祉士の資格取得年月日 (該当者の欄にのみ記載)	従業者の就業状況 就業年月日 (退職年月日)	前年度の各月常勤換算数																								常勤換算数 平均
				4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		1月		2月				
				換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当			
介護職員		年 月 日	年 月 日 (年 月 日)																									
介護職員		年 月 日	年 月 日 (年 月 日)																									
介護職員		年 月 日	年 月 日 (年 月 日)																									
介護職員		年 月 日	年 月 日 (年 月 日)																									
介護職員		年 月 日	年 月 日 (年 月 日)																									
介護職員		年 月 日	年 月 日 (年 月 日)																									
介護職員		年 月 日	年 月 日 (年 月 日)																									
介護職員		年 月 日	年 月 日 (年 月 日)																									
介護職員		年 月 日	年 月 日 (年 月 日)																									
介護職員		年 月 日	年 月 日 (年 月 日)																									
介護職員		年 月 日	年 月 日 (年 月 日)																									
介護職員		年 月 日	年 月 日 (年 月 日)																									
介護職員		年 月 日	年 月 日 (年 月 日)																									
介護職員		年 月 日	年 月 日 (年 月 日)																									
		① 介護職員の総数 (常勤換算)																										
		② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)																										
		③ ①のうち勤続10年以上の 介護福祉士の総数(常勤換算)																										

備考1 全ての介護職員の状況を記載してください。
 2 算出にあたっては、他事業所の従業者との兼務や事業所内の他の職種(介護支援専門員を除く)との兼務がある場合、兼務先の勤務時間は除いてください。
 3 従業者が各月の前月末までに資格を取得している場合、換算数の右側「該当」の欄に○印をしてください。
 4 ③の介護福祉士のうち、勤続10年以上については、換算数の右側「該当」の欄に◎印をしてください。
 5 ②③についてはいずれかが記載してください。
 6 従業者の就業状況は、③の場合のみ記載してください。
 7 ①、②、③の各月総数の算出後、小数点第2位以下を切り捨ててください。

従業者常勤換算一覧表(サービス提供体制強化加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)

事業所・施設名(**特別養護老人ホーム〇〇園**)

開設(再開)年月日 (年 月 日)

一覧表対象年度 (令和 2 年度分)

加算区分 : 1. 加算Ⅰ(介護福祉士80%以上) **2. 加算Ⅱ(介護福祉士80%以上)** 3. 加算Ⅲ(介護福祉士50%以上)
 4. 加算Ⅰ(勤続10年以上の介護福祉士35%以上)

サービス種類 : **1. (介護予防)短期入所生活介護** 2. (介護予防)短期入所療養介護
3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 介護医療院

前月末までに資格取得している場合は○印
 ※10年以上は◎

職種	氏名	介護福祉士の資格取得年月日 (該当者の欄にのみ記載)	従業者の就業状況 就業年月日 (退職年月日)	前年度の各月常勤換算数												常勤換算数 平均						
				4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月								
				換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当		換算数	該当				
介護職員	〇〇〇〇	令和 元年 11月 20日	年月日 (年月日)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	○	1.0	○	1.0	○				
介護職員	□□□□	平成 15年 5月 15日	年月日 (年月日)	1.0	◎	1.0	◎	1.0	◎	1.0	◎	1.0	◎	1.0	◎	1.0	◎	1.0	◎			
介護職員	△△△△	平成 21年 4月 1日	年月日 (年月日)	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5				
介護職員	◇◇◇◇	平成 18年 12月 10日	年月日 (年月日)	0.6666	◎	0.6666	◎	0.6666	◎	0.6666	◎	0.6666	◎	0.6666	◎	0.6666	◎	0.6666	◎			
介護職員	☆☆☆☆	端数処理しない	年月日 (年月日)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0				
介護職員	●●●●	年月日	年月日 (年月日)	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5				
介護職員	■ ■ ■ ■	平成 21年 6月 15日	年月日 (年月日)	0.5	0.5	0.5	0.5	○	0.5	○	0.5	○	0.5	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○		
介護職員	▲▲▲▲	年月日	年月日 (年月日)	0.3333	0.3333	0.3333	0.3333	0.3333	0.3333	0.3333	0.3333	0.3333	0.3333	0.3333	0.3333	0.3333	0.3333	0.3333				
介護職員	◆◆◆◆	平成 16年 6月 10日	年月日 (年月日)	0.3333	○	0.3333	○	0.3333	○	0.3333	○	0.3333	○	0.3333	○	0.3333	○	0.3333	○			
介護職員	★★★	平成 21年 5月 20日	年月日 (年月日)	0.5	0.5	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○			
介護職員	◎◎◎◎	平成 19年 4月 1日	年月日 (年月日)											1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	
介護職員	年度中途の採用職員	年月日	年月日 (年月日)																			
介護職員		年月日	年月日 (年月日)																			
介護職員		年月日	年月日 (年月日)																			
介護職員		年月日	年月日 (年月日)																			
介護職員		年月日	年月日 (年月日)																			
介護職員		年月日	年月日 (年月日)																			
介護職員		年月日	年月日 (年月日)																			
		① 介護職員の総数 (常勤換算)		6.3	6.3	6.8	6.8	6.8	7.8	7.8	8.3	8.3	8.3	8.3	8.3	8.3	8.3	8.3	8.3	8.3	7.4	
		② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)		2.9	3.4	4.4	4.9	4.9	5.9	5.9	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	5.2	
		③ ①のうち勤続10年以上の 介護福祉士の総数(常勤換算)		1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	

全介護職員の合計を算出し、
小数点第2位を切り捨て

○印の合計を算出し、小数点第2位を切り捨て

◎印の合計を算出し、小数点第2位を切り捨て

備考1 全ての介護職員の状況を記載してください。
 2 算出にあたっては、他事業所の従業者との業務や事業所内の他の職種(介護支援専門員を除く)との業務がある場合、業務先の勤務時間数は除いてください。
 3 従業者が各月の前月末までに資格を取得している場合、換算数の右側「該当」の欄に○印をしてください。
 4 3の介護福祉士のうち、勤続10年以上については、換算数の右側「該当」の欄に◎印をしてください。
 5 ②③についてはいずれか記載してください。
 6 従業者の就業状況は、③の場合のみ記載してください。
 7 ①、②、③の各月総数の算出後、小数点第2位以下を切り捨ててください。

(参考様式) 【短期入所サービス・特定施設入居者生活介護・介護保険施設用】

従業者常勤換算一覧表(サービス提供体制強化加算Ⅲ)

事業所・施設名(介護老人保健施設◇◇の里)

(常勤職員75%以上雇用事業所)

開設(再開)年月日(平成15年 4月 1日)

一覧表対象年度(令和 2年度分)

サービス種類 : 1. (介護予防)短期入所生活介護 2. (介護予防)短期入所療養介護 3. (介護予防)特定施設入居者生活介護
 4. 介護老人福祉施設 5. 介護老人保健施設 6. 介護療養型医療施設 7. 介護医療院

職 種	氏 名	前年度の各月常勤換算数																								常勤換算数 平均
		4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		1月		2月				
		換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当	換算数	該当			
看護職員・介護職員	○○○○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	端数処理しない		
看護職員・介護職員	◇◇◇◇	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○			
看護職員・介護職員	◆◆◆◆	0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5		0.5				
看護職員・介護職員	△△△△	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○			
看護職員・介護職員	▲▲▲▲	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○			
看護職員・介護職員	☆☆☆☆	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○			
看護職員・介護職員	□□□□	0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666				
看護職員・介護職員	●●●●	0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333		0.3333				
看護職員・介護職員	◎◎◎◎	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○			
看護職員・介護職員	■ ■ ■ ■	0.5		1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○			
看護職員・介護職員	☆☆☆☆	0.5		0.5		1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○			
看護職員・介護職員	○ ■ △ △	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○			
看護職員・介護職員	△ ○ □ □	0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666		0.6666				
看護職員・介護職員	◆ ◆ ○ △											1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○	1.0	○			
看護職員・介護職員																										
看護職員・介護職員																										
看護職員・介護職員																										
看護職員・介護職員																										
看護職員・介護職員																										
看護職員・介護職員																										
看護職員・介護職員																										
看護職員・介護職員																										
看護職員・介護職員																										
	① 看護・介護職員の総数 (常勤換算)	10.1		10.6		11.1		11.1		11.1		12.1		12.1		12.1		12.1		12.1		12.1		11.5		
	② ①のうち常勤の職員の総数 (常勤換算)	7.0		8.0		9.0		9.0		9.0		10.0		10.0		10.0		10.0		10.0		10.0		9.2		

備考1 全ての看護職員、介護職員の状況を記載してください。
 2 算出にあたっては、他事業所の従業者との兼務や事業所内の他の職種(介護支援専門員を除く)との兼務がある場合、兼務先の勤務時間数は除いてください。
 3 常勤の従業者については、換算数の右側「該当」の欄に○印をしてください。
 4 ①、②の各月総数の算出後、小数点第2位以下を切り捨ててください。

(参考様式)

【日常生活継続支援加算(介護老人福祉施設)】

事業所・施設名(特別養護老人ホーム○○園)

■算定日前6月又は12月の新規入所者の状況

①	前6月又は前12月の新規入所者の総数	算定日の属する月の前6月又は12月間の数											前6月又は12月の新規入所者総数	新規入所者に占める割合(%)	
		※前6月の場合は6月分のみ記載すること													
		4月末日	5月末日	6月末日	7月末日	8月末日	9月末日	10月末日	11月末日	12月末日	1月末日	2月末日			3月末日
		1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	1	12	
②	①のうち入所した日の要介護状態区分が要介護4又は5の者の数	1	1	0	0	1	0	1	0	2	1	1	1	9	75.0
③	①のうち入所した日の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の数	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	8	66.6	

②' $\geq 70\%$ 以上であること
③' $\geq 65\%$ 以上であること

■届出日前3月の入所者の状況

④	入所者総数	届出日の属する月の前3月の末日時点の数			前3月平均人数	平均入所者数に占める割合(%)
		1月末日	2月末日	3月末日		
		50	49	48	49.0	
⑤	①のうち社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為(※)を必要とする者の数	7	7	8	7.3	14.8

⑤' $\geq 15\%$ 以上であること

【要件】

②' 又は③' 又は⑤' であること

※口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、経鼻経管栄養

■介護福祉士の員数を算出する際の入所者数(A)

前年度平均入所者数	49.5	一少数点第2位以下切り上げ
-----------	------	---------------

■常勤換算による介護福祉士数

職種	氏名	介護福祉士の資格取得年月日	届出日の属する月の前3月の各月常勤換算数			常勤換算数平均(B)
			月換算数	月換算数	月換算数	
介護職員	○○ ○○	平成 17年 4月 20日	1	1	1	端数処理しない
介護職員	□□ □□	平成 15年 5月 15日	0.5	0.5	0.5	
介護職員	△△ △△	平成 18年 12月 10日	0.333	0.333	0.333	
介護職員	◇◇ ◇◇	平成 20年 12月 25日		1	1	
介護職員	☆☆ ☆☆	平成 21年 1月 15日			1	
介護職員	●● ●●	平成 15年 5月 15日	1	1	1	
介護職員	■ ■	平成 16年 12月 20日	1	1	1	
介護職員	▲ ▲	平成 19年 5月 15日	1	1	1	
介護職員	◆ ◆	平成 18年 12月 20日	1	1	1	
介護職員	★ ★	平成 16年 5月 15日	1	1	1	
介護職員	○ ○ ▲ ▲	平成 15年 6月 20日	0.5	1	1	
介護職員	★ ★ □ □	平成 20年 8月 21日	0.333	0.333	0.333	
介護職員	● ● ▲ ▲	平成 19年 5月 15日	0.8	0.8	0.8	
介護職員	☆ ☆ ◆ ◆	平成 18年 12月 20日	1	1	1	
介護職員		平成 年 月 日				
介護職員		平成 年 月 日				
介護職員		平成 年 月 日				
介護職員		平成 年 月 日				
介護職員		平成 年 月 日				
介護職員		平成 年 月 日				
介護職員		平成 年 月 日				
介護職員		平成 年 月 日				
介護職員		平成 年 月 日				
介護職員		平成 年 月 日				
介護職員		平成 年 月 日				
		合計	9.4	10.9	11.9	10.7

全介護職員の合計を算出し、小少数点第2位を切り捨て

備考1 介護福祉士は、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とする。備考2 算出にあたっては、他事業所の従業者との兼務や事業所内の他の職種との兼務がある場合、業務先の勤務時間数は除いてください。備考3 B/A $\geq 1/6$ であること。ただし、テクノロジーを活用した複数の機器(見守り機器、インカム、記録ソフト等のICT、移乗支援機器)を活用し、利用者に対するケアのアセスメント評価や人員体制の見直しをPDCAサイクルによって継続して行う場合はB/A $\geq 1/7$ であること。

(参考様式)

夜勤職員配置加算算定表（介護老人福祉施設、短期入所生活介護）

事業所名		
施設種別	①介護老人福祉施設（併設ショート含む）	②短期入所生活介護
1. 前年度の平均入所者数（併設ショート含む）		
		人
2. 基準上、必要な夜勤職員数		
		人
3. 夜勤時間帯（午後10時から翌日午前5時までを含む連続する16時間で施設で定めたもの）		
午後	時 分	～ 午前 時 分 （16時間）
4. 1日平均夜勤職員数		
		年 月
① 延夜勤時間数		時間(A)
② 計算月の日数	日	×16= 0 時間(B)
③ (A) / (B)		人
(※小数点第3位以下切捨て)		

「注意事項」

- * 別紙又はこれに準じた様式により夜間職員の配置状況がわかる一覧表を添付すること。
- * 一部ユニット型施設の場合は、ユニット部分とそれ以外の部分でそれぞれ別様で作成すること。（旧一部ユニット型施設で、ユニットと従来型に分離した場合も同様。）

夜勤職員配置加算算定表別紙

年 月 分

入力箇所

(介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・短期入所生活介護・短期入所療養介護)

曜日を記入すること

Table with columns for No., 職種, 氏名, and days of the month (1-31).

夜勤時間帯に含まれる時間を勤務形態毎に入力する。

Table for calculating overtime pay, including columns for '勤務形態毎の勤務回数合計' and '延夜勤時間数'. Includes a note about inputting time within the night shift period.

※夜勤職員配置加算整理表の記入上の注意

- 1 一部ユニットおよび認知症専門棟を有する場合は、ユニット・認知症専門棟とそれ以外の部分で別業として作成する。
2 日付の欄には、夜勤時間帯に従事した時間を記入すること。単位は時間とすること。
3 勤務時間を算出するにあたっては、施設に従事する時間として明確に位置づけられた時間とし、時間外は含まないものであること。

(例) 夜勤時間帯が17時から翌9時までの場合

- 日勤: 8:30~17:30 → 8:30~9:00の0.5時間、17:00~17:30の0.5時間、計1時間が夜勤時間数
早番: 7:00~16:00 → 7:00~9:00の2時間が夜勤時間数
遅番: 9:30~18:30 → 17:00~18:30の1時間30分が夜勤時間数
夜勤: 17:00~9:00 → 17:00~9:00の16時間が夜勤時間数

夜勤時間帯 → 17:15 ~ 9:15 の連続16時間 延べ 0.00 時間

16h × 当該月の日数を記入 #DIV/0!: 人

(参考様式)

認知症専門ケア加算に関する確認書

事業所名		異動等区分	1新規 2変更 3終了
施設種別	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 介護医療院 5 (介護予防)特定施設入居者生活介護 6 (介護予防)短期入所生活介護 7 (介護予防)短期入所療養介護		
届出項目	1 認知症専門ケア加算 I 2 認知症専門ケア加算 II		

認知症専門ケア加算に係る確認内容

(I・II共通)

入所者総数のうち、日常生活自立度Ⅲ・Ⅳ・Mに該当する入所者の割合が2分の1以上である。

有 ・ 無

①	入所者の総数		人
②	①のうち認知症日常生活自立度Ⅲの者の総数		人
③	①のうち認知症日常生活自立度Ⅳの者の総数		人
④	①のうち認知症日常生活自立度Mの者の総数		人
(②+③+④)÷①×100			%

認知症介護の専門的な研修(認知症介護実践リーダー研修等)を修了している者を基準以上配置し、専門的な認知症ケアを実施している。

有 ・ 無

認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催している。

有 ・ 無

<開催状況>

開催日	会議の概要
月 日開催	
月 日開催	

※上記内容を記載した別紙の添付でも可

(IIのみ)

認知症介護の指導に係る専門的な研修(認知症介護指導者研修)を終了している者を基準以上配置し、全体の認知症ケアの指導を実施している。

有 ・ 無

介護・看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、計画に従い研修を実施又は実施を予定している。

有 ・ 無

<研修計画>

研修期間	
実施(予定)時期	
研修の目標	
研修内容	

※上記内容に準じた介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画の添付でも可

備考 ※「異動等区分」「施設種別」「届出項目」欄については、該当する番号に○をつけてください。

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

受付番号	
------	--

介護保険法第115条の32第2項(整備)又は第4項（区分の変更）
の規定による業務管理体制に係る届出書

年 月 日

島根県知事 様

事業者 名 称
代表者氏名

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

記

		事業者（法人）番号	A																		
1	届出の内容																				
	(1)法第115条の32第2項関係（整備）																				
	(2)法第115条の32第4項関係（区分の変更）																				
	2	フリガナ 名 称																			
		住 所 (主たる事務所の所在地)	(〒 -) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)																		
		連 絡 先	電話番号							FAX番号											
		法人の種別																			
		代表者の職名・氏名・生年月日	職名					フリガナ 氏 名					生年 月日	年 月 日							
	3	事業所名称等 及び所在地	事業所名称	指定(許可)年月日	介護保険事業所番号(医療機関等コード)				所 在 地												
		計 画 所																			
4	介護保険法施行規則 第140条の4第1項第 2号から第4号 までに掲 げる届出事 項	第2号	法令遵守責任者の氏名(フリガナ)						生年月日												
									年 月 日												
		第3号	業務が法令に適合することを確保するための規程の概要																		
		第4号	業務執行の状況の監査の方法の概要																		
5	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課																				
	事業者（法人）番号	A																			
	区分変更の理由																				
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課																				
	区 分 変 更 日	年 月 日																			

連絡先	所属					メール アドレス	電話 番号
	フリガナ						
	氏名						

受付番号	
------	--

介護保険法第115条の32第3項の規定による
業務管理体制に係る届出書（届出事項の変更）

年 月 日

島根県知事 様

事業者 名 称
代表者氏名

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

記

事業者（法人）番号	A																		
-----------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

変 更 が あ っ た 事 項
1 法人の種別、名称(フリガナ) 2 主たる事務所の所在地、電話番号、FAX番号 3 代表者氏名(フリガナ)、生年月日 4 代表者の住所、職名 5 事業所名称等及び所在地 6 法令遵守責任者の氏名(フリガナ)及び生年月日 7 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 8 業務執行の状況の監査の方法の概要

変 更 の 内 容
(変更前)
(変更後)

連絡先	所属		メール アドレス	電話番号	
	フリガナ				
	氏名				

年 月 日

島根県知事 様

市(町村)長

特別養護老人ホーム設置届

下記のとおり特別養護老人ホームを設置しますので、老人福祉法第15条第3項の規定により届け出ます。

記

施設	名称				
	所在地				
建物の規模及び構造	名称	構造	棟数	建物面積(m ²)	延床面積(m ²)
設備の概要					
入所者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要					
職員の勤務体制及び勤務形態					
施設の長その他主な職員の氏名	職名	氏名	職名	氏名	
施設の長その他主な職員の経歴					
協力病院名					
協力歯科医療機関名					
入所定員(人)					
事業開始の予定年月日					

(添付書類)

- 1 島根県特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準を定める条例(平成24年島根県条例第68号)第7条に規定する施設の運営についての重要事項に関する規程
- 2 島根県特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準を定める条例第27条第1項に規定する協力病院及び同条第2項に規定する協力歯科医療機関との契約書又はそれに代わる書類
- 3 届出者の登記事項証明書(届出者が地方独立行政法人である場合に限り。)

備考

- 1 不要な文字は、抹消すること。
- 2 記載事項が多いため、この様式によることができないときは、適宜この様式に準じた用紙を用いるか、又は別添とすること。

年 月 日

島根県知事 様

社会福祉法人
理事長

特別養護老人ホーム設置認可申請書

下記のとおり特別養護老人ホームを設置したいので、老人福祉法第15条第4項の規定により申請します。

記

施設	名称				
	所在地				
建物の規模及び構造	名称	構造	棟数	建物面積(㎡)	延床面積(㎡)
設備の概要					
入所者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要					
職員の勤務体制及び勤務形態					
施設の長その他主な職員の氏名	職名	氏名	職名	氏名	
施設の長その他主な職員の経歴					
協力病院名					
協力歯科医療機関名					
入所定員(人)					
事業開始の予定年月日					

(添付書類)

- 1 島根県特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準を定める条例第7条に規定する施設の運営についての重要事項に関する規程
- 2 島根県特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準を定める条例第27条第1項に規定する協力病院及び同条第2項に規定する協力歯科医療機関との契約書又はそれに代わる書類
- 3 申請者の登記事項証明書

備考 記載事項が多いため、この様式によることができないときは、適宜この様式に準じた用紙を用いるか、又は別添とすること。

島根県知事 様

届出者

養護老人ホーム等変更届

下記のとおり老人福祉法第15条第3項(第15条第4項)の規定により届け出た(許可を受けた)事項を変更しますので、同法第15条の2第2項の規定により届け出ます。

記

施 設	種 類	1 養護老人ホーム 2 特別養護老人ホーム	
	名 称		
	所 在 地		
変 更 事 項	変 更 前		変 更 後

備考

- 1 施設の種類の欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。
- 2 不要な文字は、抹消すること。
- 3 変更事項について、既届出時に添付した書類等があるときは、変更後の当該書類等(ただし、変更部分に限る。)を添付すること。
- 4 記載事項が多いため、この様式によることができないときは、適宜この様式に準じた用紙を用いるか、又は別添とすること。

島根県知事 様

市(町村)長

養護老人ホーム等廃止(休止・入所定員変更)届

下記のとおり養護老人ホーム等を廃止(を休止・の入所定員を減少・の入所定員を増加)しますので、老人福祉法第16条第2項の規定により下記のとおり届け出ます。

記

施設	種類	1 養護老人ホーム 2 特別養護老人ホーム	
	名称		
	所在地		
届出内容	廃止・休止・入所定員減少・入所定員増加		
廃止(休止・入所定員の減少・入所定員の増加)予定年月日			
入所定員(人) (定員減少・増加の場合に限る。)	現在の定員	減少・増加後の定員	
廃止・休止・入所定員の減少・入所定員の増加の理由			
現に入所している者に対する措置 (入所定員増加の場合を除く。)			
休止の予定期間 (休止の場合に限る。)			

備考

- 1 施設の種類の欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。
- 2 不要な文字は、抹消すること。
- 3 記載事項が多いため、この様式によることができないときは、適宜この様式に準じた用紙を用いるか、又は別添とすること。

島根県知事 様

社会福祉法人
理事長

老人ホーム廃止時期等認可申請書

養護老人ホーム等の廃止時期（休止時期・入所定員減少時期・入所定員の増加）について、老人福祉法第16条第3項の規定により下記のとおり申請します。

記

施 設	種 類	1 養護老人ホーム 2 特別養護老人ホーム	
	名 称		
	所 在 地		
入所定員増加予定年月日 (定員増加の場合に限る。)			
入 所 定 員 (人) (定員減少・増加の場合に限る。)	現 在 の 定 員		減 少 ・ 増 加 後 の 定 員
廃止、休止、入所定員の減少 又は、入所定員の増加の理由			
既に入所している者に対する措置 (入所定員増加の場合を除く。)			
休 止 の 予 定 期 間 (休止の場合に限る。)			

- 備考 1 施設の種類の欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。
2 不要な文字は、抹消すること。
3 記載事項が多いため、この様式によることができないときは、適宜この様式に準じた用紙を用いるか、又は別添とすること。